

**Lợi Túc** Ghi vào số tiền GỘP (Gross) (trước khi trừ thuế hoặc các chi phí).

(Xin kèm theo chứng từ về lợi tức của 30 ngày vừa qua)

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| 11 TÊN VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI SỞ LÀM CỦA CHA/MẸ<br>( )   | LỢI TÚC KHÁC TRONG GIA ĐÌNH  | SỐ TIỀN ĐÃ NHẬN ĐƯỢC TRONG 30 NGÀY VỪA QUA | NGƯỜI NÀO TRONG GIA ĐÌNH ĐÃ NHẬN SỐ TIỀN NÀY? |
| 12 Số tiền quý vị đã nhận được trong 30 ngày vừa qua trước khi trừ thuế hoặc các khoản chi phí:<br>\$<br>Trong số tiền này lợi tức tự làm chủ là bao nhiêu?*<br>\$   | 15 CẤP DƯỠNG CON   | \$   |   |
| 13 TÊN VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI SỞ LÀM CỦA VỢ/CHỒNG (HOẶC CHA/MẸ KHÁC ĐANG Ở CHUNG NHÀ):<br>( )  | 16 CẤP DƯỠNG HÔN PHỐI  | \$   |   |
| 14 Số tiền do vợ/chồng của quý vị (hoặc người cha/mẹ khác đang ở chung nhà) đã nhận được trong 30 ngày vừa qua trước khi trừ thuế hoặc các khoản chi phí:<br>\$<br>Trong số tiền này lợi tức tự làm chủ là bao nhiêu?* | 17 TRỢ CẤP AN SINH   | \$   |   |
| *NẾU QUÝ VỊ HOẶC VỢ/CHỒNG (HAY NGƯỜI CHA/MẸ KHÁC ĐANG Ở CHUNG NHÀ) TỰ LÀM CHỦ, THÌ QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯỢC KHẨU TRỪ THÊM CÁC KHOẢN KHÁC. XIN GỌI SỐ 1-877-KIDS-NOW ĐỂ BIẾT THÊM CHI TIẾT HOẶC GIÚP TRONG VIỆC ĐIỀN ĐƠN.     | 18 TIỀN THẤT NGHIỆP  | \$   |   |
|  | 19 LỢI TÚC DO ĐẦU TƯ/TIỀN LỜI NGÂN HÀNG/TIỀN LỜI CỔ PHẦN   | \$   |   |
|  | 20 TRỢ CẤP CỤU CHIẾN BINH  | \$   |   |
|  | 21 TIỀN DO SỞ LAO ĐỘNG & KỸ NGHỆ   | \$   |   |
|  | 22 TRỢ CẤP QUÂN NHÂN   | \$   |   |
|  | 23 NGUỒN LỢI TÚC KHÁC (Xin giải thích)   | \$   |   |
|  | 24 Quý vị có cần giúp trả tiền cho những hóa đơn y tế chưa thanh toán – trong 3 tháng vừa qua – cho bất cứ một trẻ em nào mà quý vị đang nộp đơn xin bảo hiểm hay không? Có <input type="checkbox"/> Không <input checked="" type="checkbox"/> |  |   |
|  | Nếu "Có," xin gởi bản sao về lợi tức của tất cả những người trong gia đình cho những tháng mà quý vị muốn chúng tôi tái xét.   |  |   |

### Chi Tiết về Bảo Hiểm Sức Khỏe Xin cho chúng tôi biết bất cứ bảo hiểm sức khỏe nào mà **con em** của quý vị đã có.

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| 25 A Có bất cứ <b>trẻ em</b> nào mà quý vị đang nộp đơn xin đã có bảo hiểm sức khỏe rồi hay không?<br>Có <input type="checkbox"/> Không <input checked="" type="checkbox"/>              | 25 B Nếu "Có," bảo hiểm sức khỏe đó có dài thọ những dịch vụ khi đi bác sĩ, bệnh viện, x-ray (quang tuyến) và phòng thí nghiệm hay không?<br>Có <input type="checkbox"/> Không <input checked="" type="checkbox"/> | 26 A Trong 4 tháng vừa qua <b>con em</b> của quý vị có được bảo hiểm sức khỏe dài thọ qua sở làm của quý vị hay không?<br>Có <input type="checkbox"/> Không <input checked="" type="checkbox"/> | 26 B Nếu "Có," tiền đóng bảo hiểm có dưới \$50 mỗi tháng cho các con hay không?<br>Có <input type="checkbox"/> Không <input checked="" type="checkbox"/> |
| 27 Nếu quý vị trả lời "Có" cho bất cứ câu hỏi nào ở trên (25 a hoặc b hay 26 a hoặc b), xin cho biết tên hãng bảo hiểm hoặc tên sở làm cung cấp bảo hiểm sức khỏe cho con em của quý vị. |  |   |  |
| TÊN HÀNG BẢO HIỂM HOẶC SỞ LÀM  | SỐ HỒ SƠ BẢO HIỂM  | NGƯỜI ĐÚNG TÊN TRONG HỒ SƠ  | SỐ AN SINH XÃ HỘI CỦA NGƯỜI ĐÚNG TÊN HỒ SƠ (TÙY YÝ)  |
|  |  |   |  |
|  |  |   |  |

### Cho Biết về Nhân Chủng/Chủng Tộc của Đứa Trẻ (Những Chi Tiết này là Tình Nguyệt)

|  |   |
|--|---|
| Chúng tôi yêu cầu quý vị tình nguyện cho chúng tôi biết về nhân chủng hoặc chủng tộc của đứa trẻ. Những chi tiết này sẽ không được dùng để đánh giá trong việc hội đủ điều kiện của quý vị.  | <input type="checkbox"/> Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska <input type="checkbox"/> Á Châu <input type="checkbox"/> Mỹ Da Đen hoặc Mỹ Gốc Phi <input type="checkbox"/> Tây Ban Nha hoặc Mỹ La Tinh<br><input type="checkbox"/> Thổ Dân Hạ Uy Di hoặc Người Ở Đảo Thái Bình Dương Khác <input type="checkbox"/> Mỹ Da Trắng <input type="checkbox"/> Dân Tộc Khác _____ |
| Cấm kỳ thị trong tất cả mọi chương trình và các sinh hoạt của Bộ Xã Hội và Y Tế. Không một ai có thể bị loại ra khỏi các chương trình và sinh hoạt này vì lý do chủng tộc, màu da, tín ngưỡng, xu hướng chính trị, nguồn gốc, tôn giáo, tuổi tác, phái tính hoặc tật nguyền. |   |

### Xin Đọc Thật Kỹ Trước Khi Ký Tên

**Đơn này chỉ dùng để xin trợ cấp y tế cho trẻ em mà thôi.** Nếu trong gia đình quý vị có người đang nhận, hoặc muốn xin trợ cấp tiền mặt, thực phẩm căn bản hoặc những trợ cấp khác, xin liên lạc với Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng (CSO) ở địa phương quý vị.

- DSHS có thể yêu cầu quý vị trình bằng chứng mà quý vị báo cáo cho họ biết rằng quý vị hội đủ điều kiện. Quý vị có thể yêu cầu DSHS giúp để lấy chứng từ.
- Chi tiết khai báo của quý vị sẽ được những cơ quan khác của tiểu bang hoặc liên bang duyệt xét. Những chi tiết này sẽ KHÔNG dùng chung với Sở Di Trú và Nhập Tịch (INS).
- Do việc xin và nhận trợ cấp y tế, quý vị cho tiểu bang Washington tất cả mọi quyền hạn về bất cứ sự hỗ trợ nào về y tế và việc trả tiền chăm sóc y tế đối với bất cứ một nơi thứ ba (third party) nào.
- DSHS có thể cho Hệ Thống Theo Dõi Hồ Sơ Chích Ngừa Trẻ Em biết về quá trình chích ngừa của con em quý vị.

|   |  |
|---|--|
| TUYÊN THỆ VÀ KÝ TÊN<br>Tôi đã đọc và hiểu rõ những chi tiết trong đơn này. Tôi tuyên bố rằng, sẽ chịu mọi hình phạt nếu khai gian, và những chi tiết tôi khai trong đơn này là sự thật, chính xác, và đầy đủ với sự hiểu biết nhất của tôi. | Chữ Ký của Dương Đơn<br>X _____ Ngày _____ |
|---|--|

### Cách Nộp Đơn

|   |   |
|---|---|
| GỎI ĐẾN: Dept. of Social and Health Services<br>P.O. Box 45449<br>Olympia, WA 98504-5449<br> | CẦN GIÚP: Nếu quý vị cần giúp hoặc có thắc mắc, xin gọi số<br>1-877-KIDS-NOW.<br>(1-877-543-7669) |
|---|---|

Muốn được giúp đỡ trong cộng đồng của quý vị xin gọi:



## Đơn Xin Trợ Cấp Y Tế cho Trẻ Em



Đơn này chỉ dùng để xin bảo hiểm sức khỏe dành cho trẻ em và thiếu niên dưới 19 tuổi. Bất cứ ai cũng có thể xin bảo hiểm thay cho đứa trẻ. Đứa trẻ cũng có thể tự nộp đơn xin cho chính mình. **Chúng tôi sẽ tiếp tục gửi những thông tin sau này cho người có tên ghi trong ô số 1.** Nếu quý vị có bất cứ điều gì thắc mắc hoặc cần giúp đỡ điền đơn này, xin gọi số 1-877-543-7669. Chúng tôi sẵn sàng giúp quý vị!

Xin viết bằng chữ in và dùng bút đen hoặc xanh. Đừng dùng bút chì. (Ghi tên cha/mẹ, người giám hộ hoặc người liên lạc để nhận thông tin sau này)

|   |  |           |           |              |
|---|--|-----------|-----------|--------------|
| 1 TÊN   | TÊN LÓT  | HỌ        |           |              |
| 2 ĐỊA CHỈ CƯ NGỤ  | ĐƯỜNG  | THÀNH PHỐ | TIỂU BANG | SỐ BƯU CHÍNH |
| 3 ĐỊA CHỈ GỬI THƯ (NẾU KHÁC)  | ĐƯỜNG  | THÀNH PHỐ | TIỂU BANG | SỐ BƯU CHÍNH |
| 4 SỐ ĐIỆN THOẠI<br>NHÀ<br>( )<br>SỞ LÀM<br>( )<br>SỐ ĐỂ NHẮN<br>( ) | <b>5</b> Quý vị có bị trớ ngại về nói, đọc hoặc viết tiếng Anh không?<br>Quý vị có cần đơn bằng một ngôn ngữ khác hoặc cách trình bày khác hay không? _____<br>Quý vị có cần thông dịch viên không? (Nếu có, chúng tôi sẽ giúp quý vị qua người thông dịch viên.) Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/><br>Quý vị nói tiếng gì? _____ |           |           |              |
|   | <b>6</b> Có con em nào dưới 19 tuổi đang trong tình trạng cần phải chăm sóc y tế ngay hay không?<br>Trong gia đình quý vị có ai đang mang thai không?<br>Nếu "có", xin cho biết tên? _____   |           |           |              |
|   | Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>   |           |           |              |
|   | Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>   |           |           |              |

### Chi Tiết Tổng Quát

| <b>7</b> Ghi tên của những người trong gia đình <b>đang ở chung</b> .<br>(Xin dùng một tờ giấy rời để ghi thêm tên của những người trong gia đình, nếu cần thiết.)   |                          |                                   |                                   |                           |   |  |  |
|--|--------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|---|--|--|
| TÊN<br>(TÊN, TÊN LÓT, HỌ)  | QUAN<br>HỆ VỚI<br>QUÝ VI | NGÀY SANH<br>(THÁNG/<br>NGÀY/NĂM) | SỐ AN SINH<br>XÃ HỘI<br>* = TÙY Ý | PHÁI<br>NAM<br>hoặc<br>NỮ | CÔNG<br>DÂN MỸ<br>CÓ<br>KHÔNG                     | ĐIỀN VÀO PHẦN DƯỚI ĐÂY NẾU CON<br>EM CỦA QUÝ VI <b>KHÔNG PHẢI LÀ</b><br>CÔNG DÂN MỸ        |  |
| A. CHA/MẸ, GIÁM HỘ HOẶC CHÍNH QUÝ VI   |                          |                                   | *                                 |                           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <b>ĐỨA TRẺ CÓ GIẤY<br/>TỜ GI CHỨNG<br/>MINH VỀ TÌNH<br/>TRẠNG CƯ TRÚ<br/>KHÔNG?</b>        |  |
| B. VỢ/CHỒNG HOẶC CHA/MẸ KHÁC (nếu ở chung<br>trong nhà)  |                          |                                   | *                                 |                           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | GHI NGÀY<br>ĐỨA TRẺ<br>ĐEN HOA KỲ  |  |
| C. GHI TÊN CÁC TRẺ EM VÀ THIẾU NIÊN DƯỚI 19<br>TUỔI (những trẻ em muốn trợ cấp y tế)   |                          |                                   |                                   |                           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ĐỨA TRẺ<br>CÓ NGƯỜI<br>BẢO TRỢ<br>KHÔNG?   |  |
| D.   |                          |                                   |                                   |                           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |  |
| E.   |                          |                                   |                                   |                           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |  |
| F.   |                          |                                   |                                   |                           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |  |
| G. GHI TÊN CỦA NHỮNG NGƯỜI LỚN/TRẺ<br>EM KHÁC Ở TRONG NHÀ (những người<br>không muốn trợ cấp y tế)   |                          |                                   | *                                 |                           |   | Lưu ý: Xin đính kèm bất cứ giấy tờ<br>giúp chứng minh về tình trạng cư trú<br>của đứa trẻ. |  |
| 8  |                          |                                   |                                   |                           |   | *  |  |
| Có trẻ em nào trong gia đình quý vị dưới 19 tuổi bị tật nguyễn không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/><br>Nếu "Có" xin cho biết tên? _____ |                          |                                   |                                   |                           |   |  |  |

### Chi Phí

Những chi tiết này có thể giúp cho con em của quý vị được hội đủ điều kiện.

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
| 9  | Quý vị có phải trả tiền giữ trẻ trong khi quý vị đi làm không?<br>Quý vị có phải trả tiền để chăm sóc cho người lớn bị tật nguyễn trong<br>khi quý vị đi làm không? | Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> | Nếu "Có," mỗi tháng trả bao nhiêu tiền? \$ _____ |
| 10 | Quý vị có lệnh tòa về cấp dưỡng cho đứa con nào không ở chung nhà<br>với quý vị hay không?  | Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> | Nếu "Có," mỗi tháng trả bao nhiêu tiền? \$ _____ |